

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**  
**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PROTEGIDA (PHI)**

\_\_\_\_\_  
 Escriba el Nombre del Cliente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social

**YO AUTORIZO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Proveedor o Clínica

**Para revelar información obtenida durante el curso de mi tratamiento en esta clínica.**

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la Clínica

\_\_\_\_\_  
 Persona autorizada para recibir información (Requisito)

**Dirección a la cual enviar el Historial Medico.** Dirección Ciudad Estado Código Postal  
 La información aquí autorizada se requiere con el **siguiente propósito:** (Solamente esta información se requiere para revelar información del departamento de salud mental): \_\_\_\_\_

La información que aquí se especifica es requerida con el propósito antes mencionado: **La información revelada será limitada específicamente al tipo de información que pertenezca al propósito de esta autorización.**

- Diagnostico  Pronostico  Medicamento  Efectos Secundarios  Fechas del Tratamiento  
 Evaluación  Análisis de Laboratorio  Historial de Evaluaciones Medica  
 OTRO: Favor de especificar cualquier otro tipo de información requerida y el propósito por la cual la necesita.

- Una AUTORIZACIÓN adicional deberá ser obtenida para pedir, revelar o transferir cualquier otro tipo de información.
- Entiendo que esta Autorización puede ser anulada por la persona que autoriza en cualquier momento con la excepción de cuando el proceso a sido iniciado. También entiendo que la anulación debe ser dirigida por escrito al Medico o Clínico Terapeuta que me esta tratando y que este proceso no afectara mis derechos a recibir tratamiento en el futuro.
- Esta Autorización vence 90 días después de la fecha en que se firmo, o si se cancela antes de los 90 días, o:  
 Al terminar con esta petición  En un año o al terminar el tratamiento, cualquiera que llegue primero.
- Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización si la pido.
- Entiendo que es posible que la información revelada por esta autorización pueda ser revelada de nuevo por el individuo o institución que la recibe, sin que esta autorización la proteja. **Para el programa de Abuso de Alcohol y Drogas PHI véase la nota de abajo.**

FECHA: \_\_\_\_\_ TESTIGO: \_\_\_\_\_  
 (Empleado(a) presente a la hora de firmar, firmara como testigo)

FIRMA: \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
 (Cliente, padre, guardián, o representante autorizado) Si se firma por otra persona que no sea el cliente, indique su relación.

**NOTA: Los padres de familia deben poseer la patria protestad. Guardián o representante autorizado debe mostrar comprobante.**

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE0**

\_\_\_\_\_  
 El Médico, Psicólogo o Clínico Terapeuta encargado del paciente debe firmar si su aprobación es requerida bajo la ley de Lanterman-Petris-Short Act (California W&I Code Section 5328(b)). 42 Federal Code of Regulations, Part 2

(BLUE Revised 1/30/04) Front English-Back Spanish

**Nota: La información que ha sido revelada esta protegida por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2) Las reglas federales prohíben que esta información sea revelada a otras personas en el futuro, al menos haya permiso explícito por escrito de la persona a la cual la información le pertenece o de otra forma permitido por 42 CFR Part 2. Una autorización general para revelar información medica u otro tipo de información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales prohíben estrictamente cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o procesos legales de los pacientes con problemas de alcohol y drogas.**